

**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce** **pacienta**

**s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Vyvolání porodu prostaglandiny (indukce porodu)

***2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:***

* Prodloužení těhotenství se zvýšením rizika pro plod
* Nepravidelnosti vývoje plodu nebo známky jeho ohrožení se zvýšeným rizikem při pokračování těhotenství
* Onemocnění těhotné, při kterém hrozí zhoršení stavu nebo ohrožení zdraví při dalším pokračování těhotenství

***3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:***

* Zavedení prostaglandinové tablety nebo gelu do pochvy nebo děložního hrdla k vyvolání děložní činnosti s cílem vyvolat porodní činnost dělohy nebo připravit děložní hrdlo k vyvolání porodu

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

Předmětný výkon může být spojen zejména s těmito riziky :

* krvácení z dělohy
* nadměrná děložní činnost
* selhání vyvolání porodu
* bolestivost kontrakcí
* nitroděložní tíseň plodu
* vedlejší účinky podaného léku (nevolnost, zvracení, zarudnutí, průjmovitá stolice)

***5. Alternativy zdravotního výkonu:***

* někdy operativní ukončení těhotenství, někdy nejsou žádné

***6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:***

* nutnost přechodného omezení fyzické aktivity a zátěže po porodu

***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 4-6 dní po spontánním porodu

***Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):***

* po dobu mateřské dovolené

***Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:***

* nejsou předpokládaná

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* nejsou předpokládané

***7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):***

* klidový režim, kontrola u ošetřujícího gynekologa po šestinedělí, v případě potíží kdykoli

***8. Záznam o poučení pacienta/zákonného zástupce pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek***

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

***9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

***Prohlášení lékaře:***

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne……………. ……………………………

**Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně

provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

*Pro zákonného zástupce pacienta:*

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

*Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

V Praze, dne……………

…………………………… NEBO ………………………….....

**Podpis zákonného zástupce pacienta Podpis pacienta [[1]](#footnote-1)\***

***Identifikace zákonného zástupce pacienta:***

1) Jméno a příjmení: .……………………...……………….Datum narození: .……………….

Vztah k pacientovi: .…………………………………………………………………………….

1. \* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta. [↑](#footnote-ref-1)